Lane Medical Library 1892

Die Schulterlagen

in der geburtshülflichen Klinik und Poliklinik

in Greifswald,

während der Zeit vom 1. Januar 1878 bis 1. Januar 1892.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 24. September 1892

Mittags 1 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Hermann Schultz

aus Demmin.

Opponenten:

cand. med. Krahn,

„ „ Steffen.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1892.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0274

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Eines der häufigsten und praktisch wichtigsten Geburtshindernisse wird durch die Querlage bedingt, eine Lage, in der eine ausgetragene und lebende Frucht nicht durch das kleine Becken hindurchgehen kann, die also für die Naturkräfte unvollendbar ist. So kann denn auch von einem eigentlichen Geburtsmechanismus bei diesen pathologischen Lagen nicht die Rede sein, abgesehen von den Fällen der Selbstentwickelung und der Geburt conduplicato corpore, die jedoch nur bei unreifen oder wenn ausgetragenen, so doch toten Kindern zur Wahrnehmung gelangen können. Stören nun diese Lagen einerseits den Geburtsverlauf an sich so, dass für gewöhnlich Kunsthülfe nötig ist, so gefährden sie andererseits auch das Leben der Mutter sowohl wie das des Kindes, wenn auch im Vergleich zu früher der Procentsatz der Todesfälle sich bedeutend verringert hat. Und worin liegt die Hanptgefahr bei diesen Lagen und die Vermeidung derselben in unsrer Zeit? Der Hinweis auf den durch die Antisepsis und Asepsis erfolgten Umschwung reicht nicht aus. Hier fällt noch eine andere Errungenschaft ins Gewicht. Früher, wo die Querlagen von den Hebammen meist erst nach gesprungener Blase und völlig erweitertem Muttermund erkannt wurden und der Arzt dann zu spät kam, blieb ihm im günstigsten Falle die Wendung übrig, während jetzt bei Verbesserung des Hebammenunterrichts der frühzeitig gerufene Arzt durch einfachere Eingriffe die Lage verbessern oder doch, wenn dies nicht gelingt, persönlich

den Fortgang der Geburt überwachen kann, um zu rechter Zeit mit der Kunsthülfe einzuschreiten. So geht ihm der günstigste Augenblick zum Handeln, der des Blasensprungs, mit dem erst die eigentliche Gefahr der Querlagen einsetzt, nicht verloren, wenn nicht etwa vorher schon Complicationen sein Eingreifen erheischten. Jedenfalls ist die Prognose besser geworden und wird stetig sich günstiger gestalten.

Bevor ich nun auf die bei der Behandlung der Querlagen anwendbaren Methoden eingehe, muss ich noch auf die Aetiologie der Querlagen hier im allgemeinen mein Augenmerk richten, wenn auch bei jedem einzelnen der in dieser Arbeit zusammengestellten Fälle die Aetiologie, so weit sie sich eruieren liess, ihren Platz finden wird. Betrachten wir zunächst den Procentsatz von Querlagen unter der Geburt und während der Schwangerschaft, so fällt uns sofort auf, dass wir, je weniger weit die Schwangerschaft vorgerückt ist, um so häufiger auf Querlagen stossen. Und worin liegt dies begründet? Da im allgemeinen die Lage des Kindes eine Folge der Wirkung der Schwerkraft ist und diese in den verschiedenen Lagen der Schwangeren in verschiedener Richtung wirkt, so wird auch in der ersten Zeit der Schwangerschaft der Foetus um so öfter seine Lage wechseln, da die Schlaffheit der Wände des Uterus ihm eine grössere Bewegungsexkursion gestattet. Der Kopf wird häufig vom Beckeneingang seitlich abweichen und bei Seitenlage wird sich dann verhältnismässig leicht eine reine Querlage herstellen, da ein fester Widerstand von Seiten des Uterus diesem Lagewechsel nicht entgegengesetzt wird.

Diese Möglichkeit der freieren Bewegung des Kindes im Uterus wird uns auch bei den Ursachen für die Querlagen unter der Geburt wieder begegnen.

Werden nämlich im Verlauf der Schwangerschaft die

Uteruswände straffer und halten diese nun die Frucht so in ihrer Lage, dass ein Wechsel nicht so leicht möglich ist, wie dies vor allen bei Primiparen eintritt, so wirkt dies mit dem Gesetz der Schwerkraft zusammen dahin, dass die Mehrzahl der Kinder in Kopflage, oder doch wenigstens in einer Geradlage zur Geburt kommt. Bei Mehrgebärenden dagegen tritt uns dieser Einfluss nicht so exakt entgegen, weil bei ihnen die Wandungen des Uterus schlaffer sind. Es liegt bei ihnen der Kopf noch kurz vor Eintritt der Geburt beweglich über dem Beckeneingang oder etwas nach einer Seite abgewichen. Meist wird nun auch hier durch die Contractionen eine Geradlage herbeigeführt. Jedoch kommt es gerade bei Mehrgebärenden, wenn die Abweichung des Kopfes etwas bedeutender war, leicht zur Querlage.

So lehren uns diese Betrachtungen eine Ursache für das häufigere Vorkommen von Querlagen bei Mehrgebärenden erkennen, der sich später noch andere anreihen werden.

Verlassen wir nun die aus der Schwangerschaft mit auf das Kreissbett übernommenen Querlagen und wenden uns den unter der Geburt entstandenen zu. Aus dem regelmässigen Befunde bei Erstgebärenden, dass der Kopf schon am Ende der Schwangerschaft im Beckeneingang steht, werden wir schon den Schluss ziehen können, dass zum Zustandekommen von Querlagen bei ihnen anormale Verhältnisse im Spiele sein müssen. Üben diese ihre Wirkung derart aus, dass der Kopf beweglich über dem Beckeneingang steht oder zum seitlichen Abweichen gebracht wird, so gestaltet sich die Lage ähnlich der bei Mehrgebärenden vorhandenen. Dieser Zustand bei Erstgebärenden nun wird bei weitem am häufigsten durch Beckenenge veranlasst, so dass Querlagen bei ihnen schon den Verdacht auf Beckenfehler erwecken müssen.

Der Kopf weicht hierbei vom Beckeneingang ab, weil

derselbe für ihn zu klein ist, und so entwickelt sich in Folge der Contractionen eine Schulterlage. Was berechtigt uns nun, aus Querlagen bei Erstgebärenden die Wahrscheinlichkeits-Diagnose auf fehlerhaftes Becken zu stellen, während uns bei Mehrgebärenden diese Annahme nicht sofort geboten erscheint? Die vorangegangenen Geburten haben eben bei Mehrgebärenden Verhältnisse hinterlassen, die leichter Querlagen zustande kommen lassen. Da ist vor allem die Schlaffheit des Uterus zu beschuldigen. Das Kind findet hier ebenso wie in der ersten Zeit der Schwangerschaft von Seiten des Uterus keinen festen Widerstand.

Ist nun diese Erschlaffung des Uterus bei Mehrgebärenden überhaupt nicht selten, so tritt sie in besonders hohem Grade auf nach vorausgegangenen schweren Geburten bei engem Becken. Eben dieser Grund der Beweglichkeit der Frucht ist auch die Ursache der Querlagen bei Hydramnion, bei ganz kleinen Früchten und bei Zwillingsgeburten. Beim Hängebauch liegt der Grund etwas anders. Hier fällt der Fundus uteri stark nach vorn und infolgedessen weicht der Kopf leicht vom Becken ab.

Auch rein mechanische Hindernisse können das Einstellen des sonst regelrecht vorliegenden Kopfes verhindern, so placenta praevia und im Beckeneingang liegende Tumoren.

Einzelne dieser Complicationen kommen zwar auch bei Erstgebärenden vor, jedoch in so seltenen Fällen, dass enges Becken die Hauptätiologie bei ihnen bleibt.

Ist nun der Kopf abgewichen, so wirken noch besondere Umstände mit, um die für gewöhnlich noch eintretende Correction der Lage zu verhindern.

Vor allem kommt hier der plötzliche Abfluss des Fruchtwassers in Betracht. Hierdurch wird die Frucht in

der Lage fixiert, in der sie sich gerade befand, bevor eigentlich Wehen sie in eine Gradlage verwandeln konnten.

Ferner wird, wie bei dem Wechsel der Lage in der Schwangerschaft, auch hier die Lage der Mutter eine Rolle spielen. So ist es erklärlich, dass, gleichwie eine falsche Lage der Schwangeren eine Querlage, so auch bei der Therapie eine richtige Lagerung zu rechter Zeit wiederum die Correction herbeiführen kann.

Betrachten wir nun den Verlauf der Querlagen! Bei Blasensprung fliesst alles Fruchtwasser ab, infolgedessen sich die Uteruswände eng an die Frucht anlegen. Hierbei ist nun das Kind nicht gefährdet, weil die Zusammenziehung des Uterus nur eine passive ist. Wird jedoch jetzt nicht eingeschritten und die Lage verbessert, so wird durch die auftretenden Contractionen fast stets die eine Schulter tiefer ins Becken getrieben. Auch die Haltung der Frucht wird leicht verändert, so dass Arm- und Nabelschnurvorfall häufige Complicationen sind, die jedoch ohne Bedeutung sind. Weist zwar oft der Armvorfall darauf hin, dass die Wendung wegen des Tiefstandes der Schulter eine schwierige wird, so hat man doch andererseits im Anschlingen des Armes eine Erleichterung beim eventuellen Lösen der Arme. Aus der vorgefallenen Nabelschnurschlinge andererseits erwächst durchaus keine Gefahr und Störung, weil eine Compression derselben nicht zu befürchten ist und die Reposition, weil zwecklos, nicht gemacht wird. Die Querlage wird also erst gefährlich nach Blasensprung. Denn während vor demselben die Wehen nur die Erweiterung des Muttermundes beförderten, bewirken sie jetzt eine starke Ausziehung des unteren Uterinsegmentes, da sie die Schulter nicht durch das Becken zu treiben vermögen. So erfordert jede Querlage ein Einschreiten seitens des Arztes, da sie, sich selbst überlassen, den Tod herbeiführt an Ruptura uteri, Blutungen, Erschöpfung, entzündlichen Prozessen oder

ähnlichen Erkrankungen der Mutter. In gleichem Masse wird dieselbe jedoch durch unzweckmässige Manipulationen während der passiven Zusammenziehung des Uterus gefährdet. Es werden hierdurch tetanische Contractionen hervorgerufen und das Kind stirbt an Asphyxie. Ruptur tritt hierbei selten ein, da die Wehenthätigkeit zwar anhaltend, aber nicht stark ist. Viel gefährlicher für die Mutter ist die Sepsis.

Der im gegebenen Falle nötige und zweckmässigste Eingriff richtet sich darnach, wie weit die vorliegende Querlage ausgebildet und vorgeschritten ist. So kommen die äusseren Handgriffe nur in Betracht, so lange die Blase noch steht. Kommt man zu einem Falle, wo der Kopf seitlich abgewichen ist und noch leicht beweglich über dem Beckeneingang steht, so wird man zunächst durch Lagerung der Kreissenden die Stellung zu corrigieren versuchen. Jedoch darf man nicht glauben, wenn wirklich die Einstellung gelingt, seine Schuldigkeit gethan zu haben und nun befriedigt von dannen gehen zu dürfen. Ebenso leicht wie die Verbesserung der Lage gelingt, kann sie wieder verloren gehen. Darum bleibt eine stete Überwachung nötig, bis die Wehen den Kopf völlig fixieren, während im anderen Falle ein weiteres Vorgehen nötig wird. Auch von der Wendung auf den Kopf darf man sich, wenn sie während der Schwangerschaft vorgenommen wird, keinen grossen Vorteil versprechen, da die Veränderlichkeit der Kindeslage eine bedeutende zu sein pflegt. Günstiger liegen die Verhältnisse im Beginn der Geburt, wo die Wehen den einmal vorliegenden Kopf zu fixieren vermögen. Steht die Blase noch und ist der Muttermund noch nicht erweitert, so ist die Wendung auf den Kopf zu versuchen. Falsch würde man handeln, wollte man in der Voraussetzung, dass bis zum Blasensprung keine Gefahr vorhanden ist, von jedem Versuche abstehen und abwarten, bis der Muttermund

verstrichen wäre, um dann nach Sprengen der Blase die Wendung auf den Fuss vorzunehmen. Man kommt eben häufig mit der Wendung auf den Kopf zum Ziele und tauscht so eine schonende Operation gegen eine eingreifendere ein. Contraindication gegen Wendung auf den Kopf könnte enges Becken geben, obgleich bei mässig verengtem Becken der Kopf Zeit genug hat, sich dem Beckeneingang zu accomodieren, und placenta praevia, wo die Wendung auf den Fuss vorzuziehen ist. Von dem Versuche, nach gelungener Wendung auf den Kopf die Blase zu sprengen, um hierdurch das Einstellen des Kopfes und den Verlauf der Geburt in Schädellage zu sichern, ist im allgemeinen abzuraten, da man sich der Gefahr aussetzt, dass die Wehen aufhören oder nicht genügend wirken, und man gezwungen wird, bei nicht erweitertem Muttermund zu operieren.

Von der Wendung auf den Kopf wird man ferner absehen müssen, trotz der leichten Möglichkeit derselben, wenn die sofortige Entbindung erforderlich ist. Man würde durch diese Wendung jedes Mittels zur Extraction verlustig gehen, da die Zange wegen des hohen Standes des Kopfes nicht möglich ist.

In solchen Fällen bleibt nur die Wendung auf den Fuss übrig und haben wir zu unterscheiden zwischen combinierter Wendung und Wendung mit ganzer oder halber Hand. Die Entscheidung, welche von beiden man wählen muss, richtet sich nach dem Verhalten des Muttermundes. Ist derselbe nur für 1—2 Finger durchgängig, so wird die combinierte Wendung gemacht. Man versucht vorher, ob derselbe nicht mechanisch dilatierbar ist und wenn die supravaginale Partie des Cervix verstrichen ist, kann es unter Umständen empfehlenswert sein, die blutige Erweiterung vorzunehmen. Ist der Muttermund erweitert, so macht man die Wendung mit ganzer Hand. Mit der Wendung ist der Hauptzweck des Einschreitens, die Correction der Lage,

erreicht. Um jedoch für das Leben des Kindes bessere Chancen zu gewinnen, ist man bisweilen gezwungen, die Extraction folgen zu lassen, wenn der Mutter keine Gefahr daraus erwächst, und es wird deshalb bei jedem der zusammengestellten Fälle von Querlage, wo die Extraction nötig war, auch dieser Erwähnung gethan werden.

Gelingt die Wendung selbst nach mehreren Versuchen nicht, so ist man oft im Interesse der Mutter gezwungen, die Zerstückelung des Kindes vorzunehmen, und man wird sich hierzu um so leichter entschliessen, als das Leben des Kindes dann meist schon in Frage gestellt ist.

Einige Beispiele mögen uns das oben Zusammengestellte veranschaulichen, und werde ich dazu die in den geburtshülflichen Journalen der Greifswalder Klinik und Poliklinik vom 1. Januar 1878 bis 1. August 1892 verzeichneten 122 Fälle von Querlagen benutzen. Die Aufzählung erfolgt nach den einzelnen Methoden der Behandlung.

I. Wendung auf dem Kopf durch äussere Handgriffe.

Nummer.	Körper- und Beckenverhältnisse.	Wieviel gebärend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg a. für die Mutter.	Erfolg b. für das Kind.
1.	Frau Z., 26 Jahre alt.	V para	I. Schulterlage, 2. Abteilung.	—	Wehen gut.	Foetalpuls regelmässig.	Günstiger Verlauf des Wochenbetts.	lebt.
2.	Frau K. 27 Jahre alt.	III para	II. Schulterlage. Geburt in I, Schädellage.	Mnttermund völlig erweitert.	Lagerung auf rechte Seite hatte keinen Erfolg. Wendung gelingt durch äussere Handgriffe bei stehender Blase und 5-markstückgrossem Muttermund. Bei völlig erweitertem Mnttermund wird die Blase gesprengt und der Kopf in den Beckeneingang hineingedrückt.	Foetalpuls regelmässig.	Wochenbett normal.	stirbt am 10. Tage.
3.	Frau H., 35 Jahre alt.	VII para	II. Schulterlage.	—	—	gut.	günstig.	lebt.

II. Combinierte Wendung.

Nummer.	Körper- und Beckenverhältnisse.	Wie viel gebährend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg a. für die Mutter.	Erfolg b. für das Kind.
1.	Frau D., 32 Jahre alt.	II para	I. Schulterlage, 2. Abteilung.	Vorzeitiger Abfluss des Fruchtwassers	Frühgeburt im 9. Monat. Placenta praevia lateralis. Blutungen. Tamponade u. Placenta manuell entfernt.	Foetalpuls gut.	Erkrankt an Endometritis diphtheritica. Heilung.	lebt.
2.	Frau D., 32 Jahre alt.	VI para	–	Muttermund 3-markstückgross.	Placenta praevia. Blutungen.	gut.	normal.	nicht lebensfähig.
3.	Frau Sch., 25 Jahre alt.	III para	I. Schulterlage, 1. Abteilung.	—	—	gut.	günstig.	lebt.
4.	Frau F., 38 Jahre alt.	VI para	I. Schulterlage, 1. Abteilung.	Muttermund 3-markstückgross.	Das Wasser war 2 Stunden vor Eintreffen des Arztes abgeflossen. Wendung bei 5-markstückgrossem Muttermund.	—	günstig.	lebt.
5.	Frau Sch., 34 Jahre alt.	VII para	II. Schulterlage,	Muttermund 3-markstück-	Placenta praevia. Starke Blutungen Linker Fuss	—	Wochenbett normal.	tot.

			1. Abteilung.	gross. Dickwandig.	heruntergeholt. Extraction.			
6.	Frau H., 24 Jahre alt.	—	II. Schulterlage, 2. Abteilung.	Fruchtwasser ist 6 Stunden vor der Operation abgeflossen.	Muttermund ist bei der Wendung 5-markstückgross, etwas dehnbar.	gut.	günstig.	Fractura humeri. heilt.
7.	Frau B., 36 Jahre alt.	—	I. Schulterlage, 2. Abteilung.	Fruchtwasser ist vor 2 Stunden abgeflossen.	Muttermund 5-markstückgross. Linker Ellenbogen und Nabelschnur vorgefallen. Wendung auf beide Füsse.	Vorliegende Nabelschnur pulsiert regelmässig.	normal.	lebt.
8.	Anna G., Spin. $22\frac{1}{2}$. Crist $25\frac{1}{2}$. Conjug. extern. $19\frac{1}{2}$.	III para	I. Schulterlage, 2. Abteilung.	Muttermund 5-markstückgross.	—	—	günstig.	lebt.
9.	Frau D., 45 Jahre alt. Frühere Geburten leicht. Sp. 24, Cr. 28, Conj. extern. $19\frac{1}{2}$. Diag. 11.	XI para	I. Schulterlage.	Bei 3-markstückgrossem Muttermund.	Zwei Stunden nach Blasensprung ist der Muttermund 5-markstückgross Extraction.	Während der Operation wird die Reaction auf Kitzeln schwächer	Anfangs Atonie des Uterus.	lebt.
10.	Frau L., 31 Jahre alt. Bei einer Geburt war Kunsthilfe nötig.	VI para	I. Schulterlage, 1. Abteilung.	5-markstückgrosser Muttermund.	Placenta praevia.	—	Anfangs hohe Temperatur. Keine Empfindlichkeit des Bauches. Gesund entlassen.	Stirbt an Lebensschwäche.

Combinierte Wendung.

Nummer.	Körper- und Beckenverhältnisse.	Wie viel gebärend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg	
							a. für die Mutter.	b. für das Kind.
11.	Frau R., 42 Jahre alt. Einm. Wendung.	XV para	II. Schulterlage, 1. Abteilung.	Blase schon seit längerer Zeit gesprungen.	Die Frau kommt kreissend in die Klinik. Einführen der recht. Hand bei 3-markstückgrossem Muttermund. Wendung. Extraction.	Der Foetalpuls wird etwas unregelmässig. Die Reflexe werden schwächer	Wochenbett normal.	lebt.
12.	Frau L., 31 Jahre alt. Plattes Becken.	II para	II. Schulterlage, 2. Abteilung.	Blase springt bei 3 markstückgrossem Muttermund.	Die Frau kommt kreissend in die Klinik. Placenta manuell entfernt.	—	Starke Blutungen nach der Geburt. Sonst normal.	Fractura claviculae und femoris dextr. Heilung.
13.	Auguste G., 39 Jahre alt. Starke Beckenneigung.	VII para	—	Bei 3-markstückgrossem Muttermund.	Wendung und Extraction.	Die Reflexe verschwinden.	günstig.	Tief asphyktisch, wieder belebt.

III. Wendung.

1.	Johanna Sch., 25 Jahre alt.	III para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Muttermund handtellergross.	Fruchtwasser 3 Stunden vor gänzlich erweitertem Muttermund abgeflossen. Linke Hand angeschlungen. Extract.	Reflexe verschwinden.	günstig.	Kind asphyktisch. Nach $^1/_2$-stündigen Bemühungen wieder belebt. Clavic. Fract. geheilt.
2.	Frau L., 39 Jahre alt. 2 Zangengeburten mit tötlichem Ausgang. 1 Wendung. Sp. $24^1/_2$ Cr. 26. Conj. ext. $17^3/_4$ Conj. diag. $9^1/_2$.	IV para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Künstlicher Blasensprung bei saumartig. Muttermunde.	Extraction.	Schwinden der Reflexe.	gesund.	leicht asphyktisch.
3.	Emilie St., 38 J. alt. Sp. 20. Cr. $24^1/_2$. Conj. ext. $18^1/_2$.	III para	Kopf links abgewichen	—	Anschlingen des linken Armes. Nabelschnur um den Hals geschlungen.	—	normal.	leicht asphyktisch.
4.	Frau N., 42 Jahre alt. Frühere Geburten schwer. (Zange. Wendung Perforation). Sp. $23^1/_2$. Cr. 27. Conj. exter. $16^1/_2$ Diag. 10.	VII para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	linker Arm vorgefallen. Angeschlungen.	—	—	—
5.	Elisabeth B., 39 Jahre alt. Bauch stark aufgetrieb.	II para	II. Schulterlage.	verstrichen.	Zwillinge. Das erste Kind in I. Schädellage. Beim zweiten Wendung. Extraction.	Kind reagiert schlecht auf Reize.	günstig.	lebt

Nummer.	Körper- und Beckenverhältnisse.	Wie viel gebärend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand dss Kindes vor und während der Operation.	Erfolg a. für die Mutter.	Erfolg b. für das Kind.
6.	Frau Sch., 31 Jahre alt.	VII para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	völlig erweitert.	Frau kommt kreissend in die Klinik. Extract. Nabelschnur 3mal um den Hals geschlungen.	faultot.	Atonie. Heftige Blutungen. Sonst normal.	tot.
7.	Bertha Br., 24 Jahre alt.	III para	Kopf nach links abgewichen.	verstrichen.	Rechter Arm vorgefallen. Nabelschnurvorfall. Expression.	—	gut.	lebt.
8.	Friederike K., 36 Jahre alt.	IX para	I. in IIter Schädellage. II. Schulterlage.	handtellergross.	Zwillinge. Placenta praevia. Frau kommt kreissend in d. Klinik. Auch das erste Kind wird gewendet wegen der Blutungen.	Foetalpuls regelmässig.	gut.	Beide Kinder leben.
9.	Frau B., 21 Jahre alt.	II para	—	fast verstrichen.	Placenta praevia. Starke Blutungen. Extraction.	Frühgeb. Mitte d. 8. Montats.	gesund.	tot.
10.	Marie Dr., 29 Jahre alt.	II para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	Linker Arm ist schwer zu lösen.	—	günstig.	Fractura humeri sinistri geheilt.
11.	Lina M., 26 Jahre	IV	I. Schulter-	völlig er-	—	—	gut.	lebt.

	alt.	para	lage. 1. Abteil.	weitert.				
12.	Wilhelmine H., 27 Jahre alt. Sp. 21. Cr. 23. Conj. exter. 18. Diagon 11.	II para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Bei Blasensprung fällt der rechte Arm vor. Kopf mit Zange entwickelt.	Kind nicht ausgetrag.	normal.	stirbt.
13.	Frau St., 35 Jahre alt. Conjug. vera $7^1/_2$—8 cm.	—	I. Schulterlage. 1. Abteil.	Wasser floss am Abend vor der Geburt ab.	Beide Arme vorgefallen. Contractionsring 7 cm über der Symphyse. Extraction. Die Mutter kommt mit 120 Pulsschlägen in die Klinik. Erbrechen.	Nabelschnur pulslos.	Exitus letalis am 6. Tage.	tot.
14.	Bertha M., 25 Jahre alt.	IV para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	—	Nabelschnurvorfall. In der Scheide liegt der stark geschwollene rechte Arm.	Nabelschnur pulsiert nicht.	Kleiner Dammriss. (1 Nadel) sonst gesund.	tot.
15.	Johanna Sch., 28 Jahre alt. 1 Wendung früh. Bauchbruch.	IV para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	handtellergross.	Nabelschnur vorgefallen. Placenta praevia. Extraction. Placenta manuell entfernt.	Anfangs regelmäss. Pulsation d. Nabelschnur, später unregelmäss.	günstig.	lebt.
16.	Friederike H., 28 Jahre alt. Sp. 24. Cr. 27. Conj. exter. 20. Diag. $11^1/_2$.	II para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	Beide Arme vorliegend.	—	gesund.	lebt.

III. Wendung.

Nummer.	Körper- und Beckenverhältnisse.	Wie viel gebärend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg a. für die Mutter.	Erfolg b. für das Kind.
17.	Frau A., 39 Jahre alt. Von den früheren Geburten 3 Aborte. 1 Zange.	XI para	—	—	Die Frau kommt kreissend in die Klinik. Das Fruchtwasser ist schon abgeflossen. DerMuttermund ist fast verstrichen. Frühgeburt. Wendung.	—	Mutter stirbt an Carcinoma recti.	Kind stirbt an Lebensschwäche.
18.	Berta L., 18 Jahre alt.	II para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	Handtellergross.	Frühgeburt im 9. Monat.	—	gut.	stirbt.
19.	MarieDr., 59Jahre alt. 1 Wendung früher. Becken normal.	III para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	Handtellergross.	Die rechte Hand fällt vor. Der Contractionsring ziemlich hoch. Der Kopf lag neben dem Steiss. Wendung.	abgestorben.	gut.	tot.
20.	Emilie K., 39Jahre alt.	XV para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	Verstrichen.	Wendung. Extraction.	Foetalpuls regelmässig.	normal.	leicht asphyktisch. Wieder belebt.
21.	Marie M., 25 Jahre alt. Sp. 27. Cr. 30. Conj. ext. 20. Bauchumfang	II para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Künstlicher Blasensprung bei fast verstrichenem	Viel Fruchtwasser. Der linke Arm liegt vor. Frühgeburt im 9. Monat. Kind sehr klein, wiegt	Foetalpuls regelmässig.	günstig.	stirbt nach $1^1/_2$ Stunden.

	gross.			Muttermund.	2200 gr und 43 cm lang. Respiration der Mutter wegen Ausdehnung des Abdomens sehr erschwert.			
22.	Wilhelmine K., starke Beckenneigung. Beckenmasse normal.	III para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Nicht völlig erweitert.	Durch Lagerung wurde die abgewichene Kopflage nicht corrigiert. Es bildet sich vollkommene Schulterlage aus. Wendung. Extraction. Der Rücken bleibt nach hinten, da der obere Fuss nicht zu fassen war und mithin auf den unteren die Wendung gemacht werden musste.	—	normal.	stirbt nach 2 Tagen an Atrophie.
23.	Frau Bl.	—	II. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Wendung. Extraction.	—	Total. Dammriss. Mastdarmnaht heilt vollständig. Die Scheidennaht garnicht. Die Dammnaht wenig — Blasenkatarrh — geh. entl.	Fractura humeri sinistri. Epiphysentrennung des recht. Humerus — u. der linken Tibia. Heilung — Pemphigus heilt bei Calomel ziemlich aus.
24.	Wilhelmine B., 26 Jahre alt. Hängebauch. Sp. $26^1/_2$. Cr. 29. Conj. exter. $17^1/_2$.	II para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	—	Grosse Menge Fruchtwasser. Oberer (linker) Fuss heruntergeholt. Der Rücken kommt nach vorn. Extraction.	—	günstig.	Fractura clavi-culae. Geheilt.

III. Wendung.

Nummer.	Körper- und Becken-verhältnisse.	Wie viel gebärend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg a. für die Mutter.	Erfolg b. für das Kind.
25.	Frau B., 33 Jahre alt. Abdomen sehr ausgedehnt.	VI para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	—	Viel Fruchtwasser. Die Wendung war von einem anderen Arzt versucht ohne Erfolg. Die Frau kommt kreissend in die Klinik. Der rechte Arm ödematös vorliegend. Wendung mit rechter Hand gelingt. Geringe Wehenthätigkeit mit grossen Pausen. Kind wiegt 3690 gr und 53 cm lang.	ab-gestorben.	Die Wöchnerin erkrankt an Puerperalfieber. Wird als Reconvalescentin entl.	tot.
26.	Frau L., 40 Jahre alt.	VI para	I. Schulterlage.	—	Schulterlage, hervorgegangen aus 1. Gesichtslage. Das Gesicht nach links abgewichen, so dass Arm und Rippen im Muttermund liegen. Wendung u. Extraction.	Frühgeburt im 8. Monat.	normal.	tot.
27.	Frau Br., 32 Jahre alt. Starke Rechts-	—	II. Schulterlage.	Fruchtwasser seit 6 Stunden	Arm vorgefallen und angeschlungen, jedoch von	Foetalpuls regel-	günstig.	Leicht scheintot, wieder

	lagerung d. Uterus (Aetiologie?).		2. Abteil.	abgeflossen.	der Assistenz nicht genügend angezogen, weshalb noch Arm zu lösen.	mässig.		vitalisiert.
28.	Frau H., 32 Jahre alt.	III para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Rechter Arm und Nabelschnur vorgefallen. Umdrehung gelingt schwer, da Uterus fest contrahiert. Extraction.	—	gut.	Leicht scheintot, wieder in's Leben zurückgebr.
29.	Frau K. 23 Jahre alt.	II para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Frühzeitiger Abfluss.	Bereits 4 vergebliche Wendungsversuche gemacht. Arm stark angeschwollen. Wendung mit rechter Hand gelingt.	Foetalpuls schwach, sehr unregelmäss.	gut.	Kind tot.
30.	Frau Sch., 41 Jahre alt.	X para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	Frühzeitiger Abfluss.	8 Stunden nach Abfluss des Wassers traf der Arzt ein. Uterus stark contrahiert. Vorsichtige Wendung. Extraction. Der vorgefallene rechte Arm hatte sich in den Nacken geschlagen, weil die Schlinge zu lose gehalten war. Schwierige Lösung.	Foetalpuls nicht hörbar.	normal.	Kind tot.
31.	Frau Schm., 36 Jahre alt.	IX para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	Bei handtellergrossem Muttermund.	Rechter Arm und Nabelschnur waren vorgefallen. Vor 3 Stunden Wasserabfluss. Uterus fest contrahiert. Extraction.	—	gut.	Tief asphyktisches Kind. Wiederbelebungsversuche vergebl.

III. Wendung.

Nummer.	Körper- und Becken-verhältnisse.	Wie viel gebärend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg a. für die Mutter.	Erfolg b. für das Kind.
32.	Frau Sch., 28 Jahre alt.	V para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	Wasserabfluss schleichend.	Nabelschnur, rechter Arm und rechter Fuss vorgefallen. Extraction.	Nabelschnur pulslos.	normal.	tot.
33.	Frau G., 30 Jahre alt.	V para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Vorzeitiger Abfluss.	Nabelschnur und linker Arm vorgefallen. Extraction.	Nabelschnur unregelmäss. pulsierend	günstig.	Tief scheintot, wieder belebt.
34.	Frau K. 39 Jahre alt. Hydramnion.	XVI para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Fruchtwasser vor 6 Stunden abgeflossen.	Wendung.	Foetalpuls regelmäss.	—	Leicht scheintot, wieder belebt.
35.	Frau S., 32 Jahre alt. Enges Beck. Conj. diag. $10^1/_2$. Frühere Geburt. schwer. Einmal Kunsthülfe nötig.	VIII para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	Vor 6 Stunden.	Linke Hand vorgefallen. Uterus stark contrahiert. Umdrehung deshalb schwer.	—	gut.	?
36.	Frau H., 32 Jahre alt.	IV para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Vor 3 Stunden.	Rechte Hand war vorgefallen. Wendung.	Foetalpuls regelmäss.	günstig.	Lebensfrisch.

37.	Frau W., 46 Jahre alt.	XIII para	I. Schulterlage. 1. Abteilung.	Bei verstrichenem Muttermund.	Rechte Hand vorgefallen. Die wegen des unregelmässigen Foetalpulses versuchte Extraction ist fruchtlos wegen der Grösse des Kindes.	Foetalpuls wird unregelmässig.	normal.	tot.
38.	Frau Sch., 29 Jahre alt.	IV para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	Vor $^1/_2$ Stunde Abfluss.	Wahrscheinlich aus abgewichener Steisslage entstanden. Austreibung der Natur überlassen.	—	gut.	lebt.
39.	Frau T., 28 Jahre alt.	III para	I. Schulterlage. 1. Abteilung.	14 Stunden vor Ankunft des Arztes.	Wendung.	—	normal.	stark entwickelt. Lebt.
40.	Frau P., 34 Jahre alt.	VIII para	—	—	Wendung.	—	günstig.	tot.
41.	Frau Sch., 43 Jahre alt.	IX para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	Künstlicher Blasensprung bei handtellergrossem Muttermund.	Placenta praevia. Blutungen.	Frühgeburt im 8. Monat.	normal.	tot.
42.	Frau Schm., 28 Jahre alt.	IV para	?	—	Wendung.	—	—	?
43.	Frau G., 40 Jahre alt.	VII para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	Nabelschnur vorgefallen.	Vorgefallene Nabelschnur pulslos.	normal.	tot.
44.	Frau H., 33 Jahre alt.	III para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	Zwillinge. Erstes Kind in Fusslage.	—	normal.	Beide gesund.

III. Wendung.

Nummer.	Körper- und Becken-verhältnisse.	Wie viel gebärend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg a. für die Mutter.	Erfolg b. für das Kind
45.	Frau L., 38 Jahre alt.	IX para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	Zwillinge. Erstes Kind in I. Schädellage.	—	gut.	Beide gesund.
46.	Frau St., 34 Jahre alt.	II para	—	—	—	—	—	—
47.	Frau Z., 39 Jahre alt.	IX para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	verstrichen.	Zwillinge. Erstes Kind in II. Schädellage.	gut.	Die Wöchnerin starb an Ulcus ventriculi u. Nierenentzündung.	Beide gesund.
48.	Frau Sch., 27 Jahre alt.	VII para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	Zwillinge. Erstes in II. Schädellage. Zweites Extraction.	—	normal.	Beide gesund.
49.	Frau K., 27 Jahre alt.	IV para	—	—	Nabelschnur vorgefallen. Extraction.	—	gut.	lebt.
50.	Frau W., 44 Jahre alt. Starker Hängebauch.	XII para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	12 Stunden vor Ankunft des Arztes.	Rechter Arm liegt vor.	—	normal.	lebt.
51.	Frau H., 35 J. alt. Enges Becken. Hydramnion.	X para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	Wendung. Extraction.	—	günstig.	gesund.

52.	Frau Oe., 37 Jahre alt. Alle früheren Geburten pathologisch. Meist Wendung.	XII para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	frühzeitiger Abfluss.	Zwillinge. Erstes Kind in I. Schädellage. Zweites verschleppte Querlage. Linker Arm vorgefallen. Starke Wehen. Uterus steinhart. Extraction.	Vorgefallene Nabelschnur des 2. Kindes pulslos.	gesund.	1. Kind gesund. Beim 2. sind Wiederbelebungsversuche erfolglos.
53.	Frau Sch., 50 Jahre alt.	V para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	Zwillinge. I. in II. Schädellage. II. in Schulterlage.	—	gesund.	lebt.
54.	Frau T., 39 Jahre alt.	VIII para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	—	Zwillinge. I. Steisslage. II. Schulterlage. Rechte Hand vorgefallen.	Allmähliches Verschwinden des Foetalpulses.	Geringe Nachblutung. Sonst gesund.	I. gesund. II. tot infolge der langen Dauer.
55.	Frau H., 36 Jahre alt.	X para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	Zwillinge. I. Steisslage. II. Wendung. Extraction.	—	normal.	Beide gesund.
56.	Frau K., 21 Jahre alt.	II para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	handtellergross.	Wendung. Extraction.	Frühgeburt im 7. Monat.	gesund.	tot.
57.	Frau M., 40 Jahre alt.	XIII para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Vorzeitiger Blasensprung.	24 Stunden vor Ankunft des Arztes sprang Blase. Die linke Hand ist vorgefallen. Der Contractionsring steht fast in Nabelhöhe. Vorsichtige Wendung. Extraction. Der Rücken dreht sich im letzten Augenblick nach vorn.	—	gesund.	lebt.

III. Wendung.

Nummer.	Körper- und Beckenverhältnisse.	Wie viel gebärend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg a. für die Mutter.	Erfolg b. für das Kind.
58.	Frau L., 23 Jahre alt.	IV para	I. Schulterlage.	Fast verstrichen. Künstlicher Blasensprung.	Hervorgegangen aus II. Schädellage. Linker Arm vorgefallen. Extraction.	Foetalpuls regelmässig.	gesund.	gesund.
59.	Frau W., 27 Jahre alt.	VI para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	Vorzeitiger Blasensprung.	Nabelschnur und rechter Arm vorgefallen. Stark vernachlässigte Querlage. Rechte Schulter tief im Beckeneingang. Extraction.	Nabelschnur pulslos.	gesund.	tot.
60.	Frau G., 38 Jahre alt.	—	II. Schulterlage. 1. Abteil.	Vorzeitiger Abfluss.	Arm und Nabelschnur vorgefallen. Extraction.	Nabelschnur pulsiert schwach u. unregelm.	gesund.	tot.
61.	Frau M., 33 Jahre alt.	VIII para	I. Schulterlage. 1. Abteilung.	verstrichen.	Zwillinge. I. Schädellage. II. Rechter Arm vorgefallen. Austreibung der Natur überlassen.	—	gesund.	beide gesund.
62.	Frau P., 42 Jahre alt.	IXpara	I. Schulterlage. 2. Abteilung.	Künstlicher Blasensprung.	Lagerung und Wendung durch äussere Handgriffe führten nicht zum Ziele. Arm liegt vor.	Foetalpuls wird unregelmässig.	gesund.	tot.

63.	Frau L., 45 Jahre alt.	XII para	I. Schulterlage. 1. Abteilung.	—	Hervorgegangeu aus I. Schädellage. Rechter Arm vorgefallen. Extraction.	—	gesund.	Fractura humeri geheilt.
64.	Frau F.	X para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Zwillinge. Arm ist vorgefallen.	Kind faultot.	gesund.	tot.
65.	Frau H., 22 Jahre alt.	III para	I. Schulterlage. 1. Abteil-	—	—	—	gesund.	lebt.
66.	Marie M., 45 Jahre alt.	III para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	—	—	—	gesund.	gesund.
67.	Frau D., 39 Jahre alt.	IX para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	—	—	—	Mutter stirbt an Sepsis.	tot.
68.	Frau R., 33 Jahre alt.	V para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	—	Sehr kleines Kind.	—	gesund.	lebt.
69.	Frau K., 31 Jahre alt.	V para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	—	—	—	gesund.	lebt.
70.	Frau Oe., 29 Jahre alt Bei der letzten Geburt auch Wendung u. Extraction.	VII para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Der rechte Arm in den Nacken geschlagen. Fractur. Extraction.	—	gesund.	Fractura humeri geheilt.
71.	Frau F., 31 Jahre alt.	III para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Zwillinge. Armvorfall.	—	gesund.	beide gesund.

III. Wendung.

Nummer.	Körper- und Becken-verhältnisse.	Wie viel gebärend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustaud des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg a. für die Mutter.	Erfolg b. für das Kind.
72.	Frau Qu., 33 Jahre alt.	IV para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Vorzeitiger Abfluss.	3 Stunden vor Ankunft des Arztes floss das Wasser ab. Wendung. Extraction.	—	gesund.	Leicht asphyktisch, wieder belebt,
73.	Frau F., 32 Jahre alt.	V para	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Bei handtellergrossem Muttermund.	4 Stunden vor Eintreffen des Arztes floss das Wasser ab. Starke Wehenthätigkeit. Extraction.	—	gesund.	tot.
74.	Frau A., 39 Jahre alt.	XII para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Nabelschnurvorfall.	—	gesund.	gesund.
75.	Frau K., 38 Jahre alt.	IX para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	—	Zwillinge. Rechter Arm vorgefallen.	—	gesund.	gesund.
76.	Frau W., 36 Jahre alt.	VIII para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	—	—	—	gesund.	gesund.
77.	Frau K., 42 Jahre alt.	IX para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	—	—	—	gesund.	gesund.

78.	Frau H., 30 Jahre alt. Becken nicht verengt.	IVpara	II. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Der rechte Arm vorgefallen, starkgeschwollen. Contractionsring hoch. Wendung auf beide Füsse, weil an einem keine Drehung erfolgt. Kind stark entwickelt.	—	gesund.	Tief asphyktisch. Wiederbelebungsversuche erfolglos.
79.	Frau K.	VIpara	I. Schulterlage. 1. Abteil.	Künstlicher Blasensprung.	Beide Arme vorgefallen. Lagerung und äusserer Handgriff vermochten keine Correction herbeizuführen.	—	gesund.	gesund.
80.	Frau B. Enges Becken. Starker Hängebauch.	VIpara	—	—	Extraction.	—	gesund.	gesund.
81.	Auguste St. Lues congenita.	IIIpara	I. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Totfaules Kind aus dem 9. Monat.	—	gesund.	tot.
82.	Frau B., 31 Jahre alt.	IVpara	I. Schulterlage. 2. Abteil.	—	—	—	—	—
83.	Frau J., 33 Jahre alt.	IVpara	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Vorzeitiger Abfluss.	Nabelschnurvorfall. Uterus stark contrahiert.	Nabelschnur pulsiert.	Dammriss (2 Suturen) sonst gesund.	lebt.
84.	Frau S., 37 Jahre alt.	—	II. Schulterlage 1. Abteil.	—	Placenta praevia lateralis.	—	gesund.	gesund.
85.	Frau J.	IIIpara	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Bei fünfmarkstückgrossem Muttermund.	Fruchtwasser war schon lange abgeflossen. Der rechte Arm und Nabelschnur vorgefallen. Uterus stark contrahiert. Extraction.	—	gesund.	wieder belebt.

III. Wendung.

Nummer.	Körper- und Beckenverhältnisse.	Wie viel gebährend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg	
							a. für die Mutter.	b. für das Kind.
86.	Frau St., 34 Jahre alt.	I para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	—	—	—	gesund.	gesund.
87.	Frau L., 33 Jahre alt.	VIII para	II. Schulterlage. 2. Abteil.	—	Wendung auf oberen Fuss.	—	gesund.	gesund.
88.	Frau W., 32 Jahre alt.	IV para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Armvorfall.	—	gesund.	gesund.
89.	Frau B. 36 Jahre alt.	—	I. Schulterlage. 2. Abteil.	Bei 5-markstückgrossem Muttermund.	Fruchtwasser seit längerer Zeit abgeflossen. Der linke Arm und die Nabelschnur vorgefallen. Wendung auf beide Füsse, da auf einen die Wendung nicht gelingt.	Die vorgefallene Nabelschnur pulsirt regelmäss.	gesund.	gesund.
90.	Frau M. 36 Jahre alt.	VI para	I. Schulterlage. 1. Abt.	—	Rechter Arm vorgefallen.	—	gesund.	gesund.
91.	Frau St., 37 Jahre alt.	X para	I. Schulterlage, 1. Abteil.	—	—	—	gesund.	gesund.
92.	Frau H., 31 Jahre alt.	VIII para	—	—	Linker Arm und Nabelschnur vorgefallen.	—	gesund.	gesund.

Operationen mit Aufopferung des kindlichen Lebens.

1.	Frau S., 30 Jahre alt.	VIII para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	Vorzeitiger Abfluss.	Placenta praevia. Der linke Arm liegt in der Vagina. Die Epidermis löst sich. Die Schulter steht tief im Beckeneingang. Der Uterus ist fest contrahirt. Eine schonende Wendung wird versucht, die Umdrehung gelingt nicht. Der Thorax wird mit scheerenförmig. Perforatorium eröffnet. Darnach erfolgt Geburt conduplicato corpore, mit Selbstwendung auf den Steiss im Beckenausgang. Uterusausspülung.	Die Frucht ist faultot, fast ausgetragen.	gesund.	tot.
2.	Frau W., 29 Jahre alt. Von den früheren Geburten zwei mit Zange.	—	I. Schulterlage. 1. Abteil.	Bei verstrichenem Muttermund.	Die Schieflage ist hervorgegangen aus abgewichener 1. Kopflage mit Armvorfall. Lagerung auf die linke Seite erfolglos. Die Nabelschnur fällt vor. Wendung. Das Kind stirbt langsam ab, weil Extraction bei d. Grösse des Kindes erfolglos ist. Perforation des nachfolgenden Kopfes.	Das Pulsiren der Nabelschnur wird allmählich unregelmässig.	gesund.	tot.

Operationen mit Aufopferung des kindlichen Lebens.

Nummer.	Körper- und Beckenverhältnisse.	Wieviel gebärend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg a. für die Mutter.	Erfolg b. für das Kind.
3.	Frau Z., 26 Jahre alt.	III para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Vorfall beider Arme. Steissgeschwulst Wendung. Decapitatio. Uterusausspülung.	Kind faultot am Ende des 8. Monats.	gesund.	tot.
4.	Frau G. Verengte Conjugata.	III para	I. Schulterlage. 2. Abteil.		Totaler Vaginalprolaps. Elongation des Cervix. Tetanus uteri. Der linke Arm ist vorgefallen. Wendung gelingt nicht. Exenterations-Versuch. Der Arm wird abgeschnitten, dann gelingt Wendung. Perforation d. Kopfes. Kephalotrib. Reposition des Prolapses gelingt, jedoch nicht Retention. Drainage des Uterus.	Das Kind ist stark entwickelt.	Mutter stirbt an Pleuritis u. Peritonitis.	tot.

5.	Johanna K., 26 Jahre alt. Spin. 26. Cr. 28. Conj. extern. 19,5.	II para	verschleppte Schulterlage.	—	Die Kreissende meldet sich erst 20 Stunden nach Abfluss des Wassers. Decapitatio mit Brauns Schlüsselhaken. Extraction. Wendungsversuche, die mit Rücksicht auf das untere Uterinsegment schonend vorgenommen werden, blieben erfolglos. Die um die Schulter befindlichen Weichteile sind stark angeschwollen.	—	gesund.	tot.
6.	Frau P., 36 Jahre alt.	V para	II. Schulterlage. 1. Abteil.	Bei erweitertem Muttermund künstliches Sprengen der Blase.	Die Umdrehung gelingt nicht, auch nicht bei Wendung auf beide Füsse. Es wird die Diagnose auf Anencephalie gestellt und von weitereren Wendungsversuchen abgesehen. Cephalotrib u Schlinge um den Hals. Stumpfer Haken in die linke Schulter, da die Schulterbreite sehr bedeutend ist. Uterusausspülung.	—	gesund.	tot.

Nummer.	Körper- und Becken-verhältnisse.	Wie viel geböirend.	Lage der Frucht.	Bei wie grossem Muttermund floss das Wasser ab?	Besondere Umstände.	Zustand des Kindes vor und während der Operation.	Erfolg	
							a. für die Mutter.	b. für das Kind.
1.	Auguste H., 20 Jahre alt. Spin. 26. Cr. 28. Conj. extern. 19.	—	II. Schulterlage. 1. Abteil.	—	Hervorgegangen aus I. Schädellage. Rechter Arm fällt vor. Selbstentwickelung.	totfaules Kind im 6. Mon.	gesund.	tot.
2.	Berta S., 42 Jahre alt.	V para	I. Schulterlage. 1. Abteil.	verstrichen.	Nach Abfluss des Wassers stemmt sich die rechte Schulter gegen die Symphyse. Der Steiss kommt zuerst zum Durchschneiden. Evolutio spontanea.	Kind faultot, im 6. Monat.	gesund.	—
3.	Frau B., 42 Jahre alt.	VIII para	—	verstrichen.	Beim Blasensprung tritt der Steiss voran und plötzlich die ganze Frucht aus.	Frucht im 8. Monat.	gesund.	tot.
4.	Frau Sch., 36 Jahre alt. Hysterische Krämpfe.	VIII para	I. Schulterlage.	verstrichen.	Zwillinge. Erstes Kind in Schädellage. Beim zweiten ist der linke Arm vorgefallen Geburt conduplicato corpore.	—	gesund.	erstes Kind lebt, zweites tot.

5.	Minna S., 23 Jahre alt.	III para	II. Schulterlage.	verstrichen.	Das Ei geht in toto mit den Eihäuten ab.	faultot, im 6. Monat.	—	—
6.	Frau K., 37 Jahre alt.	IV para	—	—	Arm und Nabelschnur vorgefallen. Neben der Schulter tritt der Steiss aus. Geburt conduplicato corpore.	Frühgeburt im 9. Monat.	gesund.	tot.
7.	Frau J., 21 Jahre alt.	II para	II. Schulterlage 1. Abteil.	verstrichen.	Evolutio spontanea. Die Placenta ist fettig degeneriert.	Kind faultot.	gesund.	—

Lebenslauf.

Hermann Schultz, geboren am 15. November 1867 zu Demmin, Sohn des Königlichen Steuer-Inspektors Wilhelm Schultz, besuchte das Gymnasium seiner Vaterstadt Demmin, wo er Ostern 1887 das Zeugnis der Reife erhielt. Im Sommersemester 1887 bezog er die Universität Greifswald. Nach bestandenem tentamen physicum beendete er am 13. Juli 1892 das med. Staatsexamen und absolvirte am 7. August 1892 das Examen rigorosum zu Greifswald.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

Prof. Budge, Grawitz, Helferich, Heidenhain, Holtz, Geh. Rat Landois, Limpricht, Löffler, Möller, Geh. Rat Mosler, Prof. Oberbeck, Geh. Rat Pernice, Prof. Peiper, von Preuschen, Rinne, Schmitz, Geh. Rat. Schirmer, Prof. Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht derselbe seinen wärmsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei engem Becken ist nach ausgeführter Wendung die Extraction immer zu machen, und darf die Wirkung der Naturkräfte nicht abgewartet werden.

II.

Hat bei Hernia incarcerata cruralis die Incarceration circa 48 Stunden bestanden, so ist die Herniotomie zu machen, nicht aber die Reposition.

III.

Bei der Behandlung des Ileotyphus ist das Chinin in den meisten Fällen entbehrlich.